

## DOSSIER

**LA RÉFORME  
DE LA SANTÉ****Le défi : réformer la réforme<sup>1</sup>****Deena White, département de sociologie  
GRASP, Université de Montréal**

Le 7 décembre 1990, le ministre de la santé et des services sociaux, Marc-Yvon Côté, a annoncé un projet de réforme "radicale" du système qui implique non seulement des modifications, mais le remplacement de la loi de 1971 — la réforme Castonguay. Toutefois, cette réforme n'est pas aussi radicale qu'elle ne le semble. Si on a proposé une nouvelle loi, c'est parce que l'ancienne était trop rigide pour permettre quelques changements que ce soit à la mission et aux mandats des divers organismes, comités ou instances qui structurent le champ socio-sanitaire. Après plusieurs mois de débats et d'opposition virulente de la part des médecins qui y voyaient un menace à leur autonomie professionnelle et à leur position dominante au sein des hôpitaux et des instances décisionnelles, la réforme a été adoptée avec quelques concessions aux revendications des médecins.

Le "nouveau" système sera plus "décentralisé" sur le plan de l'administration, que celui qui existe depuis 1971. Seize Régions régionales seront créées et rendues responsables du développement, de la coordination et de la répartition des budgets des services relevant de leur territoire. Si cette "décentralisation" est censée assurer la sensibilisation des services aux besoins et aux autres particularités des différentes régions, elle finira plutôt par consolider le pouvoir administratif au niveau de la région. Par comparaison au système antérieur, où les différents établissements négociaient leurs mandats et leur financement directement avec le ministère, ils seront doréna-

vant sujets aux plans de services régionaux développés et gérés de près par les nouvelles Régies.

Comme orientation primaire, la nouvelle réforme Côté a mis de l'avant la notion du *citoyen au centre du système*, en tant que consommateur, décideur et payeur, tout en maintenant le principe de l'accès universel aux services "gratuits". Cela représente un double effort: contrecarrer les tendances défensives, conflictuelles et oppressives du système, et ouvrir de nouvelles avenues pour la maîtrise des coûts et pour le financement du système. Ainsi, une stratégie essentielle consiste en la création de certaines conditions du type "marché": les conditions de "l'offre" dans le système de santé doivent alors inciter les comportements désirés par les divers acteurs impliqués dans le champ socio-sanitaire en même temps qu'elles découragent les conduites non voulues.

Ainsi, les médecins seraient incités à travailler dans les régions où il y a une pénurie de médecins, et à quitter les régions sur-servies, par l'établissement de budgets médicaux par région, budgets qui seront partagés entre les médecins travaillant dans une même région. De même, certains usagers des urgences hospitalières seraient incités à se diriger plutôt vers les CLSC où le traitement coûte sensiblement moins cher, par l'application du "ticket orienteur" — une charge de 5\$ pour chaque visite à l'urgence jugée insignifiante et non urgente. Les consommateurs-payeurs assumeront aussi le rôle de décideurs par le renforcement de leur droit de parole. Ils

deviendront majoritaires sur les conseils d'administration des établissements et auront une place aussi dans les commissions régionales. Cependant, le gouvernement a annoncé sa volonté de modérer la "gratuité" des services par des mesures de taxation partielle de la consommation de certains services, si jamais le gouvernement fédéral le permettait sans couper les transferts budgétaires accordés aux provinces. Une tentative d'imposer la consommation de médicaments par les personnes âgées qui les reçoivent gratuitement a été rapidement retirée devant l'opposition publique.

Une deuxième stratégie importante de monsieur Côté est d'assimiler les organisations communautaires sans but lucratif oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux dans le processus de planification et de coordination régionale. Dorénavant, ces organisations offrant des services surtout sociaux et psychosociaux alternatifs à ceux offerts par les professionnels et établissements du réseau public peuvent être considérées légitimes et susceptibles de recevoir des fonds publics récurrents. Ceci limitera la nécessité d'ajouter de nouveaux services aux répertoires des établissements syndiqués et beaucoup plus dispendieux du réseau public. Il reste à voir si la coordination des organismes communautaires avec les établissements du réseau et le financement stable à partir des fonds publics finiront par les intégrer au système — ou via la soustraction, ou via l'imposition de la responsabilité aux instances gouvernementales plutôt qu'à leur clientèle.

**ÉQUIPE ÉDITORIALE :****Denis Harrisson (coordonnateur), Françoise-Romaine Duellatte, Dominique Parisien, Gilles Pronovost****SECRETARIAT :**

**Raymond Lalonde — Département de sociologie, Université de Montréal,  
Pavillon des sciences sociales, C.P. 6128, succ. A, Montréal (Québec) H3C 3J7  
Bureau : 3150, rue Jean-Brillant, local 5148, Montréal (Québec) H3T 1N8  
Tél. : (514) 343-5637 — Télécopieur : (514) 343-5722**

**INFOGRAPHIE :****Laser Communications (514) 384-6150**

De même, on veut faire des CLSC — enfin — la porte d'entrée au système de soins. Mais comme pour la reconnaissance officielle du rôle des organisations communautaires, il est difficile de juger les intentions et les effets possibles de ce projet. Les programmes communautaires, sociaux et préventifs peuvent être ou renforcés ou écartés des CLSC, selon la volonté relative des administrateurs du système socio-sanitaire de produire des services individuels à bon marché ou de favoriser des solutions collectives aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux. Toutefois, le transfert massif des travailleurs sociaux des anciens Centres de services sociaux (rebaptisés Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse) ou encore un nombre important de médecins qui oeuvraient en CLSC pour ne pas quitter la région métropolitaine constituent un réel danger de sur-bureaucratiser et/ou de sur-professionnaliser les CLSC. Cela pourrait conduire à la perte de leur dimension communautaire.

Les réformes mentionnées jusqu'ici risquent d'influencer certains des *comportements et des dynamiques internes du système*. Même s'il est trop tôt pour prédire le sens final de cette influence, elle peut avoir des effets voulus aussi bien que des effets pervers — la sur-bureaucratisation, par exemple — selon les stratégies adoptées par les acteurs du système pour répondre aux nouvelles contraintes, et selon les stratégies des différentes Régies régionales, qui deviennent responsables du développement du nouveau système. Cependant, est-ce qu'il existe dans la réforme Côté des mesures qui puissent répondre au problème persistant des *inégalités dans l'accès à la santé*?

A cet égard, les mesures de redistribution économique ne relèvent pas du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Par exemple, tous les programmes touchant les personnes assistées sociales relèvent du Ministère de la main-d'oeuvre, de la sécurité du revenu et de la formation professionnelle, et la concertation entre les ministères n'est guère un acquis. De plus, si la réforme Côté mentionne l'importance d'une meilleure sensibilisation aux particularités des "communautés culturelles" en matière de services de santé et de services sociaux, elle ne semble pas reconnaître la nécessité de favoriser la même "sensibilisation culturelle" envers les classes populaires. Alors on se penche toujours sur l'accès aux services sans aborder d'autres enjeux reliés à l'accès à la santé.

**Les dates de tombée et de parution des prochains numéros du bulletin sont les suivantes :**

	TOMBÉE	PARUTION
Vol. 14, no 1	31 jan. 1992	28 fév. 1992
Vol. 14, no 2	15 mars 1992	10 avril 1992
Vol. 14, no 3	22 mai 1992	12 juin 1992

Or, le ministre Côté a aussi formulé une dernière grande stratégie de réforme: l'adoption d'une perspective de "gestion par objectifs" — c'est-à-dire la fixation d'objectifs de santé à moyen et long terme pour une population régionale dans son ensemble. Cette perspective peut être de bon augure pour la réorientation du système de santé vers des résultats souhaités plutôt que de se centrer surtout sur le fonctionnement interne. Mais la gestion régionale risque de produire des effets pervers: elle risque d'occulter d'autant plus les résultats contradictoires des interventions et programmes à l'intérieur des populations régionales, entre groupes socio-économiques par exemple. L'intégration des organisations communautaires dans le système régional de "ressources légitimes" risque de les condamner à s'éloigner de la culture populaire, pour se rapprocher plutôt du monde professionnel et technocratique. On ne pose pas la question d'objectifs de santé justement en termes du vécu réel des 15% des familles québécoises, et des 44% des personnes célibataires dont le revenu annuel est en dessous du seuil de pauvreté.

La nouvelle réforme du système de santé et de services sociaux au Québec s'annonce au moment où les gouvernements préparent des orientations en santé et bien-être pour les décennies à venir. Nous nous attendons à ce qu'une telle politique fédé-

rale ou provinciale se penche enfin sur les liens incontournables entre la santé et les inégalités sociales. La réforme Côté peut donc être considérée comme un projet d'une meilleure gestion du système et non pas un projet de réorientation. La dimension des objectifs de santé demeure flexible et peut donc s'adapter à une réorientation future. Toutefois, il reste que le Ministère de la santé et des services sociaux n'est pas le seul responsable de l'état de santé de la population. Une nouvelle politique demandera sans doute la concertation étroite des responsables des domaines de l'économie, de la sécurité du revenu, de la main-d'oeuvre, de la famille et d'autres pour assurer l'égalité d'accès à la santé physique et psychosociale.

Alors, deux défis majeurs se présentent dans la réforme actuelle du système : (1) échapper à la sur-bureaucratisation et à la sur-technocratisation, toutes deux susceptibles de se développer à cause de la concentration du pouvoir dans les Régies régionales et de la préoccupation pour la maîtrise de l'offre et la demande ; et (2) mettre de l'avant la définition et l'atteinte aussi bien d'objectifs sociaux que d'objectifs de santé, et le développement de mesures de prévention et de promotion adaptées aux groupes sociaux ciblés. Ce dernier défi impose, à notre avis, la reconnaissance de la valeur des groupes d'entraide et communautaires, autonomes, non intégrés et non coordonnés au réseau, qui demeurent enracinés dans la culture de leur public. ■

<sup>1</sup> Ce texte est tiré d'un chapitre intitulé "La santé et les services sociaux: réforme et remise en question, à paraître en 1992 dans un ouvrage collectif *Perspectives sur le Québec 1960-1990 Tensions- Enjeux- Défis* sous la direction de Gérard Daigle.

**REVUES : PROCHAINS THÈMES**

**RECHERCHES AMÉRINDIENNES AU QUÉBEC**

- Décembre 91 : **Le christianisme et les autochtones**
- Mars 92 : **Non-thématique**
- Mars 92 : **Récits autochtones du contact (numéro double)**
- Décembre 92 : **Les traités**